

11. Чеснокова И.И. Проблемы самосознания в психологии / И.И. Чеснокова. – М.: Наука, 1977. – 144 с.

In this article presents the theoretical foundation of the program to form “self-concept” in boys and girls of primary school age. Specifically describe the psychological conditions for the formation of cognitive, emotional and evaluative and behavioral components of “self-concept” in primary school children. Clarified the contents of the experimental program, which is composed of lectures and conversations for elementary teachers and parents; system of developing and psycho-corrective exercises and tools that are aimed at the formation of cognitive, emotional and evaluative and behavioral components of “self-concept” children. Presentation features the use of gender-based approach to forming experiment.

Key words: gender approach, application form, the components “self-concept”, boys, girls, younger students.

Отримано: 11.12.2011 р.

УДК 376-056.24:616.831.9-002

Л.І.Ружицька

Клінічна характеристика дитячого церебрального паралічу

У статті звертається увага на те, що несприятливі демографічні процеси в Україні супроводжуються різким погіршенням здоров'я дітей. Сучасний розвиток медицини дозволяє зберегти життя глибоко недоношеним, травмованим при пологах дітям та дітям з природженими вадами розвитку, які в подальшому стають основним контингентом дітей з порушенням здоров'я. Розглянуто етіологічні чинники, які можуть сприяти розвитку дитячого церебрального паралічу (виділяють: пренатальні, натальні і постнатальні несприятливі фактори), клінічна картина при різних формах дитячого церебрального паралічу, спеціальні діагностичні методи та прогноз на майбутнє.

Ключові слова: діагностика, дитячий церебральний параліч, етіологія, клінічна картина, симптом, синдром.

В статье обращается внимание на то, что неблагоприятные демографические процессы в Украине сопровождаются резким ухудшением здоровья детей. Современное развитие медицины позволяет сохранить жизнь глубоко недоношенным, травмированным при родах детям и детям

с врожденными нарушениями развития, которые в дальнейшем становятся основным контингентом детей с нарушением здоровья. Рассмотрены этиологические факторы, которые могут способствовать развитию детского церебрального паралича (выделяют: пренатальные, натальные и постнатальные неблагоприятные факторы), клиническая картина при разных формах детского церебрального паралича, специальные диагностические методы и прогноз на будущее.

Ключеві слова: діагностика, дитячий церебральний параліч, етіологія, клінічна картина, симптом, синдром.

Несприятливі демографічні процеси в Україні супроводжуються різким погіршенням здоров'я дітей. Сучасний розвиток медицини дозволяє зберегти життя глибоко недоношеним, травмованим при пологах дітям та дітям із природженими вадами розвитку, які в подальшому стають основним контингентом дітей з порушенням здоров'я. Наслідком природженої та набутої патології є виникнення різного роду порушень розумового та фізичного розвитку, що призводить до зниження та обмеження тих чи інших форм життєдіяльності, а в найважчих випадках – до її соціальної дезадаптації.

Термін “дитячий церебральний параліч” (ДЦП) поєднує ряд синдромів, які виникають у зв'язку з пошкодженням мозку. ДЦП розвивається як наслідок ураження головного і спинного мозку, через різні причини на ранніх стадіях внутрішньоутробного розвитку плоду і при пологах. Окрім порушень ЦНС, протягом життя виникають зміни в нервових і м'язових волокнах, суглобах, зв'язках, хрящах [10].

Перший клінічний опис ДЦП зробив В. Літль у 1853 році. Майже 100 років ДЦП називали хворобою Літля. Термін “дитячий церебральний параліч” належить Зігмунду Фрейду. В 1893 році він запропонував об'єднати усі форми спастичних паралічів внутрішньоутробного походження із схожими клінічними ознаками до групи церебральних паралічів [6].

Але до сьогоднішнього часу ідуть наукові суперечки з приводу даного терміна. В спеціальній літературі можна зустріти велику кількість різних термінів для визначення даного порушення.

Багато авторів робили спроби підібрати термін, щоб він відповідав даному порушенню. Доман підкреслює заперечення до терміна “мозковий параліч”, адже мозок не може бути паралізованим, тим паче, що власне параліч при даному типі, зустрічається досить рідко. Термін “спастичний стан” – це хоч і важливий, але один із симптомів захворювання. В 1983 році Л.О.Бадалян [1] запропонував назву “дисонтогенетичні постуральні дискінезії”.

Безумовно, термін “дискінезія” найбільш точно відображає характер рухових порушень при ДЦП, підкреслює їх обумовленість розладами онтогенезу локомоторних функцій. Хоч термін “дитячий церебральний параліч” не відображає сутності характерних при даному захворюванні порушень, однак його широко використовують у світовій літературі, і іншого поняття, щоб всебічно характеризувало ці патологічні стани, до сьогодні не запропоновано.

Тому ми виходимо із визначення, що ДЦП – це група моторних і психомовленнєвих не прогресуючих синдромів, які є наслідком порушення мозку у внутрішньоутробному, натальному і ранньому постнатальному періодах.

Пройшло не мало років після виступу В.Літтля, а у працях вчених переважно зверталась увага на питання неврологічного, ортопедичного відновлювального лікування дітей з ДЦП. А на початку ХХ ст. М.Б.Брейтман першим звернув увагу на зниження інтелекту і недорозвиток мови у більшості дітей з ДЦП [6].

Причини розвитку ДЦП різноманітні. Переважно виділяють: пренатальні, натальні і постнатальні несприятливі фактори, які мають відношення до походження ДЦП. На практиці часто зустрічається поєднання таких факторів, що діють на різних етапах розвитку [6].

Значна кількість випадків ДЦП належать до групи невідомої етіології (за даними деяких авторів, до 30% випадків) [6].

Перша чітко сформована і яка стала основою усіх послідовуючих класифікацій ДЦП належить З.Фрейду. В основі її лежать клінічні критерії.

З.Фрейд виділяє такі види ДЦП:

- спастичний церебральний параліч (подвійна геміплегія, тетраплегія);
- спастична диплегія (синдром Літтля);
- дитяча геміплегія (геміплегічна форма);
- дискінетичний церебральний параліч (дистонічний, гіперкінетичний);
- атаксичний церебральний параліч (тонічно-астенічна форма);
- інший вид ДЦП (змішана форма).

Співробітники інституту проблем медичної реабілітації, очолюваного доктором медичних наук Козявкіним І.М. [1; 10], виділяють такі типи церебральних паралічів:

- спастичні (пірамідні) форми: підвищення м’язового тону є визначальним симптомом цього типу, м’язи є напруженими, тугими (спастичними), а рухи є незграбними або неможливими;

– в залежності від того, яка частина тіла уражена, спастичні форми ДЦП поділяються на: диплегію (обидві ноги), геміплегію (одна сторона тіла) або тетраплегію (все тіло). Спастичні форми є найпоширенішими і на них припадає біля 70-80% випадків;

– дискінетична (екстрапірамідна) форма проявляється порушенням координації рухів. Виділяється два їх основні підтипи:

а) атетоїдна (гіперкінетична) форма проявляється повільними або швидкими неконтрольованими рухами, які можуть проявлятися у будь-якій частині тіла, включаючи обличчя, рот та язик. Приблизно 10-20% випадків ДЦП належать до цього типу;

б) атактична форма характеризується порушенням рівноваги та координації. Якщо такий хворий може ходити, то хода є невпевнена і хитка. Пацієнти з цією формою мають проблеми із виконання швидких рухів та рухів, які вимагають тонкого контролю, наприклад, письмо. Така форма складає 5-10% випадків ДЦП;

– змішані форми є комбінацією різних форм церебральних паралічів. Поширеним є поєднання спастичних форм з атетоїдними або атактичними [6].

Розглянемо прояви основних типів ДЦП і прогноз подальшого розвитку.

Подвійна геміплегія. Найважча форма ДЦП, виникає при значному ураженні мозку у період внутрішньоутробного життя. Клінічні прояви пов'язані з наявними деструктивно-атрофічними змінами. Проявляється важкими порушеннями усіх важливих для людини функцій: рухових, психічних, мовленнєвих [10].

Функції рук і ніг практично відсутні. Завжди переважає ригідність м'язів. Через підвищену активність тонічних рефлексів дитина при положенні на животі або на спині має різко виражені згинальні або розгинальні пози. При підтримці у вертикальному положенні, як правило, спостерігається розгинальна поза із звисанням голови. Усі сухожильні рефлекси досить високі, тонус м'язів у руках і ногах різко порушений. Мимовільна моторика зовсім або частково не розвинена. Психічний розвиток дітей знаходиться звичайно на рівні розумової відсталості в помірному або важкому ступені. Мова відсутня: анартрія або важка дизартрія [1; 8; 9].

Прогноз подальшого розвитку рухової, мовленнєвої і психічної функцій несприятливий. Діагноз “подвійна геміплегія” вказує на повну інвалідність дитини.

Спастична диплегія. Це розповсюджена форма ДЦП, відома під назвою хвороба, або синдром, Літтля. За розповсюдженістю

рухових порушень є тетрапарезом (ураження рук і ніг), ураження нижніх кінцівок зустрічається частіше.

Спостерігається вторинна затримка психічного розвитку, яка при ранній і правильно проведеній реабілітації до 6-8 річного віку може бути усунена. 30-35% дітей страждають розумовою відсталістю в легкому ступені; 70% мають мовленнєві розлади – дизартрія, моторна алалія [1].

При наявності симетричного шийно-тонічного рефлексу при згинанні голови виникає згинальна поза в руках і розгинальна в ногах, а при розгинанні голови, навпаки, розгинання рук і згинання ніг. Жорсткий зв'язок тонічних рефлексів з м'язами до 2-3 років призводить до формування стійких патологічних сінергій і, як наслідок, – до стійких неправильних поз; і з цього часу в залежності від ступені важкості рухових порушень розрізняють важкий, середній і легкий ступінь спастичної диплегії.

Діти важкого ступеня самотійно не пересуваються або пересуваються за допомогою милиць. Маніпулятивна діяльність рук значно знижена. Ці діти себе не обслуговують або обслуговують частково. У них досить швидко розвиваються деформації та контрактури в усіх суглобах нижніх кінцівок. У 70-80% спостерігаються мовленнєві порушення, у 50-60% – ЗПР, у 25-35% – розумова відсталість [10].

Діти середнього ступеня пересуваються самотійно, хоча з дефектною осанкою. У них непогано розвивається маніпулятивна діяльність рук, фізичні порушення виражені меншою мірою. Мовленнєві порушення спостерігаються у 65-75% дітей, ЗПР – у 45-55%, у 15-25% – розумова відсталість [1].

У дітей легкого ступеня важкості спостерігається незграбність і сповільнення рухів в руках, відносно легке обмеження об'єму активних рухів у ногах, переважно в гомілково-ступневих суглобах, незначне підвищення тону м'язів. Діти самотійно пересуваються, але хода дещо деформована. Мовленнєві порушення спостерігаються у 40-50%, ЗПР – у 20-30%, розумова відсталість – у 5% [1].

Позитивний прогноз у подоланні психічних і мовленнєвих порушень. Дитина може оволодіти навичками самообслуговування та рядом трудових навиків.

Геміпаретична форма. Характерним є одностороннє ураження руки і ноги, при правосторонньому ушкодженні мозку – страждає ліва частина тіла, а при лівосторонньому – права. При даній формі ДЦП важче ушкоджується верхня кінцівка. Правосторонній геміпарез зустрічається частіше, ніж лівосторонній. У 25-35% дітей

спостерігається легкий ступінь розумової відсталості, у 45-50% – вторинна затримка психічного розвитку, подолати яку можна при своєчасно розпочатій корекційно-відновлювальній терапії. Мовленнєві розлади спостерігаються у 20-30% дітей [1].

Після народження усі рефлексі сформовані. Сидіти дитина починає вчасно або з невеликою затримкою, поза виявляється асиметричною, що може призвести до сколіозу.

Виділяють 3 ступеня важкості геміпаретичної форми ДЦП: важкий, середній і легкий.

При важкому ступені ураження у верхніх і нижніх кінцівках спостерігаються виражені порушення тонусу м'язів за типом спастичності і ригідності. Об'єм активних рухів, особливо в передпліччі, кисті, пальцях і стопі, – мінімальний. Маніпулятивна діяльність майже відсутня. В паретичній руці і нозі спостерігається гіпотонія м'язів і сповільнення росту кісток. Діти починають ходити самостійно лише з 3 – 3,5 років, при цьому спостерігається грубе порушення осанки, формується сколіоз і перекошення тазу. У 25-35% дітей – розумова відсталість, у 55-60% – мовленнєві порушення, у 40-50% – судомний синдром [8].

При середній важкості: порушення тонусу м'язів, трофічні розлади, обмеження активних рухів менш виражені. Хворий може брати предмет рукою, починає ходити з 1,5-2,5 років, шкутильгаючи на хвору ногу з опорою на передній відділ стопи. У 20-30% – ЗПР, у 15-20% – розумова відсталість, у 40-50% – мовленнєві розлади, у 20-30% – судомний синдром [1].

При легкому ступені пошкодження тонусу м'язів і трофіки незначні, об'єм активних рухів збережений, але рухи незграбні. Діти починають самостійно ходити з 1-1,5 років без перекошування стопи в хворій нозі. У 25-30% – ЗПР, у 5% – розумова відсталість, у 25-30% – мовленнєві розлади [1].

Гіперкінетична форма. В неврологічному статусі спостерігаються гіперкінези, м'язева ригідність шиї, тулуба, ніг. Незважаючи на важкі рухові дефекти, обмежену можливість до самообслуговування, рівень інтелектуального розвитку при даній формі ДЦП вище, ніж при попередніх. А можливість самостійно пересуватись спостерігається з 2-3 років, а частіше з 4-7 років, а інколи з 9-12 років [8].

При даній формі спостерігаються гіперкінези різного характеру, частіше поліморфні, виділяють 3 групи: хореїформні, атетоїдні, паркінсоподібний тремор. Хореїформний гіперкінез – швидкі і відривчасті рухи, частіше в проксимальних відділах кінцівок. Атетоз – повільні хробакоподібні рухи у згиначах і розгиначах одночасно.

Розвиток гіперкінезів розпочинається з 3-4 міс. і досягає максимального розвитку до 2-3 річного віку. Гіперкінези посилюються під дією екстероцептивних, пропріоцептивних і особливо емоційних подразників. У спокої гіперкінези значно зменшуються, а під час сну майже повністю зникають. Порушення мовленнєвих функцій спостерігається у 90% – гіперкінетична дизартрія, ЗПР – у 5%, порушення слуху у 25-30%. Інтелект у більшості випадків розвивається досить задовільно, а неосвіченими діти можуть залишитись через важкі розлади мови і мимовільної моторики, гіперкінези [9].

Прогноз досить сприятливий щодо навчання і соціальної адаптації. Прогноз захворювання залежить від характеру і інтенсивності гіперкінезів: при хореїчному – діти, як правило, оволодівають самостійним пересуванням до 2-3 років; при подвійному атетозі – прогноз досить несприятливий.

Тонічно-астенічна форма. Дана форма ДЦП зустрічається менше порівняно з іншими, характеризується парезами, низьким тонусом м'язів при наявності патологічних тонічних рефлексів, порушенням координації рухів, рівноваги.

З моменту народження не спостерігаються вроджені рефлекси: відсутні рефлекси опори, автоматичної ходьби, повзання, погано виражені або відсутні захисний і хапальний рефлекси. Знижений тонус м'язів (гіпотонія). Такі хворі починають самостійно сидіти до 1-2 років, ходити – до 6 років. Мовленнєві розлади у формі дизартрії спостерігаються у 60-75% дітей, має місце ЗПР. Характерними симптомами є атаксія, гіперметрія, тремор. Спостерігається розумова відсталість частіше в легкій, а менше – в помірній формі, спостерігається ейфорія. Прогноз при даній формі ДЦП несприятливий [10].

Змішана форма. При даній формі спостерігається сумісність усіх перерахованих форм. Порушення мови спостерігається з тією ж частотою. Інколи захворювання протікає як спастична форма, а надалі з'являються усі гіперкінези.

Значно погіршує протікання ДЦП наявність у хворих гіпертензивного, гідроцефалічного, судомного синдромів; порушення функцій гіпоталамуса, всієї гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи, що адаптує хворого до зовнішнього середовища.

Як ми знаємо, одна з причин виникнення ДЦП – це пошкодження певної частини мозку, що керує рухами, але можуть бути пошкоджені й інші частини мозку, які відповідають за інші функції.

Звісно, крім проблем з рухами, у більшості дітей з церебральним паралічем не має інших супутніх порушень. У сучасному світі ярлик “розумова відсталість” намагаються не використовувати, говорять про легке, помірне або важке порушення здатності до навчання. Приблизно у 50% дітей з церебральним паралічем здатність до навчання порушена в помірному або важкому ступені: це означає, що їм буде важко, наприклад, навчатись читати в школі. Коефіцієнт інтелектуального розвитку (IQ) у них не перевищує 70-80. Для порівняння: у звичайної людини IQ 100, а у людини, яка закінчила університет, IQ вище 120. У людини, яка має труднощі при читанні, IQ не більше 75. При важкому порушенні здатність до навчання можна розглянути так: дитина досить повільно починає ходити, тоді говорити, і звісно досить повільно сприймає шкільні предмети [1].

Також у деяких дітей з церебральним паралічем пошкоджені нерви, що ідуть від ока до тих частин мозку, які опрацьовують зорову інформацію. Ці діти не можуть нічого бачити. Подібні порушення зустрічаються рідко, але, з іншого боку, порушення контролю за рухами при церебральному паралічі часто зачіпають і м'язи, які керують і рухами ока, тому приблизно у 50% спостерігається косоокість.

Порушення слуху, викликане пошкодженням слухових нервів і частин мозку, що опрацьовують звукову інформацію, називається нейросенсорною туговухістю. Діти з церебральним паралічем досить часто хворіють респіраторно-вірусними захворюваннями, хворобами горла, а це все веде до запалення вуха і порушення слуху [5].

Мова – це засіб формування наших думок, а мовлення – це засіб спілкування з оточуючими і виявлення думок і бажань. Нерідко дітям з церебральним паралічем досить важко керувати м'язами, які беруть участь у звукоутворенні; це досить часто зустрічається у дітей з гіперкінетичними формами. У них досить гарно розвинена внутрішня мова, вони знають, що хочуть сказати, а говорити не можуть [5].

Порівняно з іншими дітьми, у дітей з церебральним паралічем судомні приступи зустрічаються частіше. Вони виникають приблизно у половини таких дітей. У деяких малюків у перші місяці життя зустрічаються судоми. З іншого боку, у більшості дітей з церебральним паралічем виникають один-два судомні приступи в ранньому віці без серйозних наслідків.

Судомні приступи бувають різні, і старі терміни “великі”, “малі” сьогодні замінені більш точнішими описами. В цілому судомні приступи можна розділити на великі, або генералізовані, – судоми охоплюють все тіло дитини і вона втрачає свідомість; і малі, які

тривають кілька секунд, дитина закриває очі, але оточуючі можуть цього і не помітити. Але і малі приступи грубо порушують процес навчання, оскільки після кожного такого приступу людина біля 30 секунд не здатна сприймати оточуючий світ [9].

Дитина з церебральним паралічем не може контролювати слинотечу. У всіх малюків є період (впродовж 6 місяців), коли вони пускають слину і їм необхідно одягати нагрудники, але досить швидко вони навчаються закривати ротик і ковтати слину. Дітям з церебральним паралічем буває досить важко тримати рот закритим і регулярно ковтати слину. Це принизливо і неприємно для дорослої дитини – постійно ходити мокрою, через те, що тече слина. На сьогодні існують хірургічно-косметичні методи корекції даної вади [11].

Прогноз при ДЦП у кожному окремому випадку різний. Встановлення раннього діагнозу ДЦП досить важливо для ефективності подальшого лікування. Така діагностика досить складна.

У дітей з відносно легкими проявами рухових порушень спостерігається в перші роки життя затримка мовленнєвого і психічного розвитку. У деяких хворих цей стан зникає, але у деяких дітей ті чи інші порушення певною мірою залишаються.

Багаторічний досвід вітчизняних і зарубіжних спеціалістів, працюючих з дітьми з церебральним паралічем, показав, що чим раніше розпочата медико-психолого-педагогічна реабілітація цих дітей, тим вона більш ефективніша і кращий її результат [1, 4, 9, 12].

Сприятливий прогноз у більшості випадків можливий при спастичній диплегії і геміпаретичній формах ДЦП. За даними К.А.Семенової [10], 70,8% дітей з геміпаретичною формою ДЦП навчаються в масових школах і лише 29,2% мають знижений інтелект. У 65% дітей із спастичною диплегією інтелект первинно збережений, і вони здатні до навчання за загальною програмою, у 38% спостерігається розумова відсталість в легкому ступені і лише у 7% – глибоке порушення інтелекту [15, 16].

Особливі труднощі в процесі соціальної адаптації відчувають діти з гіперкінетичною формою ДЦП, через виражені гіперкінези 60% з них виконують роботу не пов'язану з тонкою маніпулятивною діяльністю рук [1].

Ми розглянули прояви основних типів дитячого церебрального паралічу: подвійна геміплегія, спастична диплегія, геміпаретична форма, гіперкінетична форма, тонічно-астенічна форма, змішана форма. Можемо зробити висновок, що, незважаючи на наявні порушення у даній категорії дітей, можливості до корекції та компенсації при кожному типі будуть різними. Вони залежатимуть

як від ступеня важкості порушення, так і від місця локалізації. Хоча, прямої залежності від місця локалізації та ступеня важкості немає. Також для більшості дітей з церебральним паралічем є характерними порушення мовлення та аналізаторних систем.

Для встановлення діагнозу застосовують спеціальні діагностичні методи. В багатьох випадках перші припущення можна зробити вже при зборі анамнезу, тобто при опитуванні: на підставі скарг, статі, віку, професії, способу життя, наявності певних захворювань у членів сім'ї тощо. Потім лікар проводить так званий об'єктивний огляд. Дані об'єктивного огляду дають лікарю додаткову інформацію. А для точного встановлення або підтвердження діагнозу нерідко потрібні спеціальні діагностичні процедури.

Лабораторні дослідження: різні дослідження крові та сечі можуть бути призначені, якщо лікар запідозрює, що порушення у дитини можуть бути спричинені різними хімічними, гормональними чи метаболічними факторами. Для виключення генетичних синдромів може бути проведений аналіз хромосом, включаючи каріотидний аналіз та специфічні дослідження ДНК [7].

Візуальні дослідження дають інформацію про структури, які знаходяться в середині людини. При вивченні головного та спинного мозку ці дослідження часто називають нейровізуалізацією. Проведення цих тестів не завжди є необхідним, але в багатьох випадках вони можуть допомогти визначити причину ДЦП та обширність ураження мозку. Їх необхідно проводити якомога раніше, щоб при потребі негайно розпочати необхідне лікування [2].

Ультразвукове дослідження мозку. Застосовуються нешкідливі звукові хвилі для визначення певних структурних та анатомічних порушень мозку. Наприклад, ультразвукове дослідження може показати геморагію (крововилив) в мозок або пошкодження, спричинене недостатністю постачання кисню до мозку. Ультразвукове дослідження часто застосовується у новонароджених, які не можуть переносити жорсткіші дослідження, такі, як комп'ютерна томографія або магніторезонансна томографія [10].

Комп'ютерна томографія мозку – це дослідження, подібне до рентгенологічного, але показує більше деталей і дає краще тримірне уявлення про структуру мозку. Воно дає можливість виявити аномалії розвитку, крововиливи та певні інші порушення в дітей значно чіткіше, ніж ультразвукове дослідження [7].

МРТ – магніторезонансна томографія мозку (стара назва ЯМР – ядерно магнітний резонанс). Цей тест має суттєві переваги, оскільки він дає можливість точніше, ніж інші методи, оцінити структури мозку та їх порушення. Дітям, які не можуть спокійно

лежати принаймі 45 хвилин, при проведенні тесту даються заспокійливі засоби [17].

МРТ спинного мозку. Це дослідження може проводитися дітям з вираженим порушенням м'язового тону в ногах або погіршенням контролю за функціями тазових органів, що може вказувати на можливу патологію спинного мозку. Ці порушення можуть бути спричинені або дитячим церебральним паралічем, або іншим захворюванням [17].

За потребою можуть призначатись й інші дослідження.

Електроенцефалографія (ЕЕГ) є важливим тестом для діагностування судом у дітей. Вона має можливість виявити неконвульсивні форми епілепсії або малі приступи. Ці прояви значно легше коригувати при ранньому початку медикаментозного лікування [3].

Електроміографічне дослідження (ЕМГ) та визначення швидкості проведення імпульсу по нервових волокнах є корисним діагностичним тестом для того, щоб відрізнити ДЦП від інших нервово-м'язових захворювань [3].

Отже, з наукової літератури [1; 8; 9; 10; 12] та офіційної медичної статистики відомо, що немає одного, остаточного медичного дослідження, яке могло б підтвердити діагноз церебрального паралічу. Діагноз виставляється на основі комплексного обстеження дитини медичними працівниками та діагностичних методів.

Список використаних джерел

1. Бадалян Л.О. Детский церебральный паралич / Л.О.Бадалян, Л.Т.Журба, О.В.Тимонина. – К.: Здоровье, 1988. – 327 с.
2. Байкушев С.Т. Стимуляционная электромиография и электро-нейрография в клинике нервных болезней / С.Т.Байкушев, З.Х.Манович, В.П.Новикова. – М., 1974. – 243 с.
3. Благосклонова Н.К., Новикова Л.А. Детская клиническая электроэнцефалография: [руководство для врачей] / Н.К.Благосклонова, Л.А.Новикова. – М.: Медицина, 1994. – 204 с.
4. Вассерман Е.Л., Катыхева М.В. Многомерное клинико-нейропсихологическое исследование высших психических функций у детей с церебральными параличами / Е.Л.Вассерман, М.В.Катыхева // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева, 1998. № 2. – С. 45-52.
5. Вінарська Є.Н. Ранній мовленнєвий розвиток дитини і проблеми дефектології / Є.Н.Вінарська. – М.: Просвіта, 1987. – 137 с.
6. Детский церебральный паралич / Л.М.Шипицына, И.И.Мамайчук. – СПб.: Дидактика Плюс, 2001. – 272 с.

7. Диагностика и коррекция нарушенной слуховой функции у детей первого года жизни / Сост. Г.А. Таварткиладзе, Н.Д. Шматко. – М.: Полиграфсервис, 2001. – 160 с.
8. Дитячий церебральний параліч /Л.М.Шипицына, И.И.Мамайчук. – СПб.: Дидактика Плюс, – 2001. – 272 с.
9. Ермоленко Н.А. Клинико-психологический анализ развития двигательных, перцептивных, интеллектуальных и речевых функций у детей с церебральными параличами / Н.А.Ермоленко, И.А.Скворцов, А.Ф.Неретина // Неврология и психиатрия. – 2000. – № 3. – С. 19-23.
10. Иваницкая И.Н. Детский церебральный паралич (обзор литературы) /И.Н.Иваницкая// Альманах “Исцеление”. – М., 1993 – С. 41-65.
11. Коренєв М.М. Концепція медико-соціальної реабілітації дітей-інвалідів із хронічною соматичною патологією / М.М. Коренєв, Л.Ф. Богмат, С.Р. Толмачова, Е.А. Михайлова // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2003. – №6. – С.37-40.
12. Мамайчук И.И. Нейропсихологические исследования гностических процессов у детей с различными формами детского церебрального паралича / И.И.Мамайчук // Невропатология и психиатрия. – 1992. – №4. – С. 42-47.
13. Мастюкова Є.М., Іполітова М.В. Порушення мови у дітей з церебральним паралічем / Є.М.Мастюкова, М.В.Іполітова. – М.: Просвіта, 1985. – 115 с.
14. Приходько О.Г. Воспитание и обучение детей раннего дошкольного возраста с нарушениями опорно-двигательного аппарата /О.Г.Приходько// Специальная дошкольная педагогика. – М.: Академия, 2001. – С. 183-219.
15. Малофеев И.И. Специальное образование в России и за рубежом: в 2-х частях/ И.И.Малофеев. – М.: Печатный двор, 1996. – Часть 1. – Западная Европа. – 182 с.
16. Малофеев Н.Н. История становления развития национальных систем специального образования (социокультурный аспект)/ Н.Н.Малофеев // Специальная педагогика [Под ред. Н.М. Назаровой]. – М., 2000. – С. 87-121
17. Парайц Э., Сенаши Й. Неврологические и нейрохирургические исследования в грудном и детском возрасте/ Э.Парайц, Й.Сенаши. – Будапешт: Издательство академии наук Венгрии, 1980. – 302 с.

In the article attention applies on that unfavorable demographic processes in Ukraine are accompanied by the sharp worsening of health of children. Modern development of medicine allows to save life to the deeply prematurely

born, trauma at luing-ins children and children with bear defects of development, that in future become the basic contingent of children with violation of health. Etiologic factors that can assist to development of child's cerebral paralysis(distinguish: natal and unfavorable factors) are considered, clinical presentation at the different forms of child's cerebral paralysis, special diagnostic methods and prognosis on the future.

Key words: diagnostics, child's cerebral paralysis, etiology, clinical presentation, symptom, syndrome.

Отримано: 5.12.2011 р.

УДК 65.050

А.И.Санников

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СТИЛЯ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ

В работе рассматриваются структура и основные компоненты стиля принятия решений личностью профессионала. Дается сравнительный анализ подходов к изучению стилей: стиля принятия решений, когнитивного стиля, индивидуального стиля деятельности и стиля профессиональной деятельности.

Ключевые слова: стиль принятия решений, когнитивный стиль, стиль деятельности.

У роботі розглядаються структура і основні компоненти стилю ухвалення рішень особистістю професіонала. Дається порівняльний аналіз підходів до вивчення стилів: стилю ухвалення рішень, когнітивного стилю, індивідуального стилю діяльності і стилю професійної діяльності.

Ключові слова: стиль ухвалення рішень, когнітивний стиль, стиль діяльності.

Повышение эффективности современного производства, управление персоналом предприятий и организаций, оперативное планирование и развитие бизнеса неразрывно связаны с принятием решений. Значимость проблемы определяется той ролью, которую принятие решений играет не только в реализации эффективного управления, но и в формировании стиля личности и деятельности профессионала.

Сложность и противоречивость стилевой проблематики обнаруживается при первом же прикосновении к ней. Так, А.В. Либин отмечает, что “сфера употребления слова “стиль” так широка, что исследователи считают это понятие междисципли-